
***DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E DI
CONSENSO A PRESTAZIONE SANITARIA PER SE' O
QUALE TUTORE O LEGALE RAPPRESENTANTE***

Dati identificativi del paziente (cognome, nome, data di nascita, residenza):

.....

Dati del genitore (in caso di minore):.....

Dati del legale rappresentante (o amministratore di sostegno) in caso di persona priva del tutto o in parte di autonomia decisionale (allegare documentazione specifica).....

.....

Con la presente scrittura vengono riportati i principali dati relativi allo stato di salute accertato a seguito della visita medica effettuata e si riportano in sintesi le principali informazioni fornite verbalmente atte ad acquisire o meno il consenso all'esecuzione dei trattamenti terapeutici ritenuti necessari e, comunque, anch'essi già verbalmente illustrati.

Situazione obiettiva riscontrata nella visita:

- descrizione dell'intervento medico ritenuto necessario e dei rischi derivanti dalla mancata effettuazione
- eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche:
- tecniche e/o materiali impiegati:
- benefici derivanti:
- rischi derivanti:
- eventuali complicanze e/o esiti
- altre informazioni

Io sottoscritto.....
dichiaro di aver ricevuto, nel corso di un colloquio personale con il
Dr./Prof.....

informazioni dettagliate circa la natura della malattia di (figlio/a).....e sul tipo di trattamento
terapeutico suggerito come utile al caso, e di averne compreso interamente il contenuto.
(spazio per osservazioni specifiche)

.....
.....

Per quanto sopra

Dichiaro

- di consentire espressamente che venga eseguito il seguente
trattamento.....
a carico di.....

consapevole

perché adeguatamente informato, dei rischi e dei benefici che esso può comportare, degli
effetti collaterali che ne possono derivare e, quindi, alla qualità della vita, nonché alle
alternative possibili al trattamento da intraprendere,

- di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi
momento, essendo stato informato delle possibili conseguenze sul piano clinico di tale revoca

Firma del paziente

Firma del medico che ha informato

Data